　　年　　月　　日

浦添市長　殿

（サービス提供事業所）

事業所番号：

事業所名：

（法　人）

法人名：

法人住所：

代表者氏名：

代表者住所：

**返　還　誓　約　書**

　下記の返還金は、介護保険サービスの提供に伴う介護給付費の算定に誤りがあったため、私が浦添市長に対して返還すべき介護給付費であることを承認します。

本件の返還金については下記のとおり分割にて確実に返還することを誓約します。

記

１．返還金額： 　　　　　　　　 円

２．返還方法： 過誤調整により今後支給が予定されている介護給付費と相殺

３．返還内訳： 別紙のとおり

４．返還事由

　　　算定誤り事由：

　　　対象期間：